

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-007603

17 5676

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Fouad

Date de naissance : 12/12/1958

Adresse :

Tél. : 06 46 00 98 35 Total des frais engagés : 3450 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 1 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

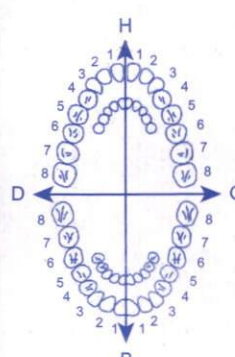
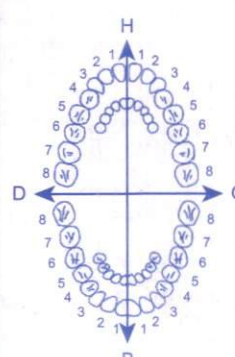
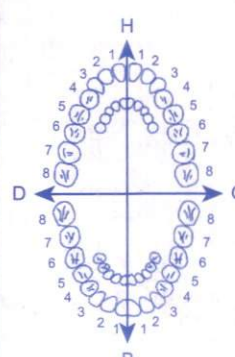
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

ACCORDE 1

📘 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
81583818	20/06/2023	Payé en : 44 jours		YOUSFI MUSTAPHA	3 450,00	1 892,20	333,05	2 225,25
81706601	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	646,60	255,62	54,46	310,08
81706582	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	684,80	282,36	60,57	342,93
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

X X X X

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆



Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app





# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أثمانها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطاء الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de ma mutuelle

توقيع و طابع التضامنية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM

مرجع رقم

N°Bordereau :

N°Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Youssef Elabkari** : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **11381981** : رقم الإختراط :  
N° Immatriculation : **9741144324** : رقم التسجيل :  
N° CIN : **11031937** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له :  
Adresse : **14000 Sefrou** : العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **3450** : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Youssef Elabkari** : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : : تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : : الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N°INP : : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : : نوع العلاجات :  
Maladie : **Non** : مرض :  
Maternité : **Non** : أمومة :  
Hospitalisation : **Non** : استشفاء :  
Accident : **Non** : حادث :  
Date de naissance : : تاريخ الميلاد :  
Date prévue d'accouchement : : التاريخ المتوقع للولادة :  
Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : : تاريخ الحادث :  
Causes : : أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : **14000 Sefrou**

Fait à : **14000 Sefrou**

le : **14/04/2022**

le : **14/04/2022**

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins



Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	القيمة Valeur	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant		
14/06/2023			36000			
17/06/2023						

**Dr. Med EL ABKARI**  
 Professeur Agrégé  
 Hépato - Gastro - Entérologie  
 CHU Hassan II - Fès  
 INPE : 141058859

**Dr. Med EL ABKARI**  
 Professeur Agrégé  
 Hépato - Gastro - Entérologie  
 CHU Hassan II - Fès  
 INPE : 141058859

POLICLINIQUE ALASSA  
 6964-6965-6966  
 140004108  
 Tél. 05 35 56 1697 Fax : 05 35 56 1698

CIM - 10

جاء الوصفان التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
		INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
		INP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature du Radiologue ou du Biologiste
15-6-1381	1670			1800	
16/6/23	Scanner Abdomen	1300,00			



16.7.9

MR YOUSFI MUSTAPHA  
NO 13 R EGYPT RES IDRIS  
AZHAR  
FES  
FES PRINCIPAL  
30000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 81583818 Date et heure : 20/06/2023 12:15  
Nom et prénom Assuré : YOUSFI MUSTAPHA  
Immatriculation : 93422376 / 090085741  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: YOUSFI MUSTAPHA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : FES 91224  
Valeur en Dirhams : 3 450,00 Nombre de pièces : 4  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE506  
Nom Etablissement :



# مركز الفحص بالأشعة فلورانس CENTRE DE RADIOLOGIE FLORENCE

Dr. Firdaouss HOUARI

Spécialiste en Radiologie

الدكتورة فردوس هواري

اختصاصية في التشخيص بالأشعة

16/06/2023

## FACTURE N°4300/23

NOM ET PRENOM : MUSTAPHA, YOUSFI

EXAMEN PRATIQUEE: SCANNER ABDOMINO-PELVIEN

MONTANT TOTAL: 1300,00 DH

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

CENTRE DE RADIOLOGIE  
FLORENCE  
8 Avenue Mohamed El Korri, V.N - FES  
Tél: 05 35 96 51 54 / Fax: 05 35 96 51 55

INPE 141251835

IRM 1,5 Tesla • Imagerie Cardiaque : Coroscaner et IRM cardiaque • Scanner 128 barrettes • Angiographie • Mammographie Numérique  
Radiographie Standard Numérique • Osteodensitométrie • Echographie et Doppler • Radiologie Interventionnelle • Imagerie Dentaire



Urgences Radiologiques 24h/24

POLYCLINIQUE FLORENCE : 8 Avenue Mohamed El Korri, V.N - FES • Tél : 05 35 96 51 54  
Fax : 05 35 96 51 55 • Urgences GSM : 07 72 03 31 12 • E-mail : radiologieflorence@yahoo.com  
I.F : 15291658 - Patente : 13137017 - CNSS : 1730285 - ICE : 000150712000023



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le

17/06/2023

Dr. Youssef OUSTADIA

Prescription pour

RC: V de G. R. P.  
Chc

CENTRE DE RADIOLOGIE  
FLORENCE

8 Avenue Mohamed El Khatib, V.N. - FES  
Tél : 05 35 94 51 54 / Fax : 05 35 94 51 55

Dr. Med EL ABKARI  
Professeur Agrégé  
Hépatologie - Gastro - Entérologie  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 741058859

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437



# Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



## NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 14/06/2023

Nom : YOUSSEF

Prénom : JUSTIN

- Honoraire Dr. : EL ABKARI

• Somme : 360 MA



Cachet de signature  
**Dr. Med EL ABKARI**  
Professeur Agrégé  
Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 141058859

Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969

CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667

ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le : 14/06/2023

N° Youssfi JOUTARAA

- 1) NRS + Rectum.
- 2) Enzyme
- 3) Cbl, PSA
- 4) Calprotectine



**Dr. Med EL ABKARI**  
Professeur Agrégé  
Hépatologie - Gastro - Entérologie  
Proctologie  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 141058859

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / Gsm : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437

**FACTURE N°: 2306150052**

**FES : 15-06-2023**

**Mr YOUSFI MUSTAPHA**

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
FRAIS	FRAIS	E0	E
	CRP	B100	B
	NFS	B80	B
	Calprotectine fécale	B600	B
	FERRITINE	B250	B
	PSA Total	B300	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Urée	B30	B
	Créatinémie	B30	B
	Sodium	B30	B
	Potassium	B30	B
	Chlore	B30	B
	Reserves alcalines	B40	B
	Phosphorémie	B40	B
	Calcium	B30	B
	Protéines totales	B50	B

Total des B: 1070

Montant total: 1800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit cents dirhams



CNSS: 7485453 - Patente: 13100685 - I.F: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1<sup>er</sup> Etage, Appt 5, (VN) - Fès

Tél : 05 35 94 14 14 , Fax : 05 35 94 14 15 , Biologiste : 06 61 42 70 60

E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences : 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68

Prélèvement à domicile 24/24